



Editorial

Une 13^e journée médicale prometteuse, avec un programme aussi alléchant sur le plan scientifique que festif, c'est ce que nous vous préparons pour la rentrée, mais que vous pourrez déjà découvrir dans ce numéro. A côté de nos rencontres mensuelles avec la commission consultative des médecins généralistes (CCMG), la journée médicale est devenue au fil des années notre rendez-vous traditionnel de la rentrée, un moment de rencontre privilégié afin de développer et d'entretenir nos relations tant professionnelles qu'amicales.

Toujours dans la même optique d'une meilleure communication, nous remettons à jour le répertoire des consultations de toutes nos cliniques. Ce répertoire sera édité à la rentrée, il vous permettra d'obtenir aisément les coordonnées de chacun des médecins du CHC dans son(ses) site(s) de travail. Dans la même voie, nous avons mis au point un répertoire des médecins géné-

ralistes afin de faciliter les contacts de l'hôpital vers la médecine générale. Ce répertoire, disponible sur l'intranet du CHC, ne pourra se tenir à jour qu'avec la collaboration des médecins de familles. N'hésitez pas à nous envoyer tout changement (adresse, téléphones, consultations – à faire parvenir par mail à marianne.lebrun@chc.be ou par téléphone 04 224 85 62).

Un nouveau président pour notre conseil médical, nos chirurgiens à la présidence de la société royale belge de chirurgie, l'évolution du dossier cardiologie,...ce sont les nouvelles de la vie de nos cliniques que nous vous proposons de découvrir au fil des pages, en parallèle avec autant d'articles scientifiques.

Bonne lecture,
Bonnes vacances

| Dr Toàn Khúc

Changement de Président au Conseil médical



C'est le Dr Didier Noirot, anesthésiste, qui est désormais le président du Conseil médical des Cliniques St-Joseph. Depuis début juin, il remplace le Dr Victor Fonzé qui a choisi de réorienter sa carrière et qui remplira

la charge de directeur médical au CHH à partir de septembre prochain.

En effet, en cas de démission du président, la loi sur les hôpitaux prévoit que le Conseil médical élise un nouveau président, le vice-président ne devenant pas automatiquement président. A noter que le Dr Lucien Finianos, anciennement suppléant, devient quant à lui membre effectif en remplacement du Dr Fonzé.

Bon vent donc au Dr Didier Noirot qui reprend le flambeau de président du Conseil médical pour le reste du mandat, soit jusqu'en mai 2009. Le reste du bureau demeure inchangé, avec

- Vice-Président : Dr Denis Brisbois
- Secrétaire : Dr Boris Bastens
- Trésorier : Dr Christian Dejardin

Tout le Conseil médical et toute la communauté médicale souhaitent bonne continuation au Dr Victor Fonzé dans les nouvelles fonctions qu'il assumera à la rentrée.

DANS CE NUMERO

Comment je traite, comment j'explore

La prévention secondaire de l'AVC
Quel traitement anti-agrégant choisir en 2007 ?

pages 2-3

Nouvelles têtes

page 3

Le point sur...

Radiologie interventionnelle
oncologique

pages 4-5

Vie des cliniques

Arrêté Cardiologie : suite et
certainement pas fin

page 5

Clinique et thérapeutique

Spasticité chez l'enfant
Les indications de la toxine botulinique
et du baclofène
Quand y penser ?

page 6

Vie des cliniques

Memisa, hôpital pour hôpital
Le CHC s'engage dans le parrainage
d'un hôpital congolais

page 7

Journée médicale

page 8

Le vaccin anti-grippe : volontiers
vacciné !

page 8

blueprint est le périodique de l'association des médecins exerçant aux Cliniques Saint-Joseph, membres du Centre Hospitalier Chrétien (CHC)

Directeur de publication : Dr Toàn Khúc

Comité de rédaction : Dr Boris Bastens, Dr Denis Brisbois, Dr Bénédicte Daenen, Dr Toàn Khúc, Dr Jean-Pierre Lambert, Marianne Lebrun, Dr Christian Mossay, Dr Alain Nchimi, Dr Philippe Olivier, Dr Martine Smeekens

Secrétariat : Anne-Marie Mandic 04.224.80.98

Contact rédaction : Marianne Lebrun
tél. 04.224.85.62 - fax. 04.224.80.93

Rue de Hesbaye 75, 4000 Liège

marianne.lebrun@chc.be

Graphisme : visible.be

Clinique Saint-Joseph

Rue de Hesbaye 75
4000 Liège

tél. 04.224.81.11
fax. 04.224.87.70

Clinique de l'Espérance

Rue Saint-Nicolas
447- 449
4420 Montegnée

tél. 04.224.91.11
fax. 04.224.90.02

Clinique Notre-Dame

Rue Séllys-Long-
champs 47
4300 Waremme

tél. 019.33.94.11
fax. 019.33.96.55

Clinique Notre-Dame

Rue Basse Hermalle 4
4681 Hermalle /s
Argenteau

tél. 04.374.70.00
fax. 04.374.70.02

La prévention secondaire de l'AVC

Quel traitement anti-agrégant choisir en 2007 ?

L'accident vasculaire cérébral représente la 3^e cause de morbi-mortalité en Europe et aux Etats-Unis. On estime à 19.000 le nombre de nouveaux cas d'accident vasculaire cérébral par an en Belgique.

Le risque de développer un AVC constitué après un AIT est maximal dans la première semaine qui suit l'épisode aigu et est de 8 à 12 %. Il est de 11 à 15 % à un mois et de 17 à 18,5 % à 3 mois. 50 à 60 % des AVC/AIT sont d'origine athéromateuse (phénomène imprévisible) avec formation d'un caillot. L'AVC est donc une maladie avant tout athéromateuse, hormis d'origine cardio-embolique (30 %) ou d'autres causes plus rares (coagulopathies, maladies métaboliques, fibrodysplasie artérielle, dissection carotidienne). L'AVC lacunaire, habituellement considéré comme une entité à part en raison de son bon pronostic et de l'origine hyalinosclérotique, a récemment été démontré comme étant associé dans 80 % des cas d'une étude basée sur l'analyse de plus de 800 autopsies, à une pathologie athéromateuse.

Il est donc aussi important de corriger les facteurs de risque que de rechercher les pathologies vasculaires le plus souvent associées : la coronaropathie et l'artériopathie périphérique des membres inférieurs.

Les principaux facteurs de risque traitable sont :

- l'hypertension artérielle
- le tabac
- le diabète
- l'hypercholestérolémie
- la présence d'une artériopathie des membres inférieurs
- des antécédents de coronaropathie (angor, infarctus myocardique)
- des antécédents d'accident vasculaire cérébral

La prévention secondaire de l'AVC doit envisager :

- la correction des facteurs de risque
- le traitement par anti-agrégant plaquettaire
- cas particuliers :
 - l'endartérectomie ou l'angioplastie carotidienne en cas de sténose symptomatique et dans certains cas de sténose serrée asymptomatique
 - l'anticoagulation en cas d'origine cardioembolique (fibrillation auriculaire)

a. L'hypertension artérielle

De nombreuses études cardiologiques ont clairement démontré l'effet grandement bénéfique d'obtenir des valeurs de tension artérielle inférieures ou égales à **140/80 mm Hg**. L'étude PROGRESS a même démontré en 2001 que, chez des patients hypertendus traités, diminuer de 10 mm Hg la tension systolique et de 5 mm Hg la tension diastolique, réduisait significativement le risque de récurrence d'AVC ! L'effet "classe" des anti-hypertenseurs n'est pas clairement établi pour la prévention de l'AVC, même si certaines études semblent le montrer pour les sartans (MOSES).

b. L'hypercholestérolémie

De récentes études (SPARCL) ont maintenant démontré une réduction significative de la récurrence d'AVC chez les patients dont le cholestérol total était abaissé en dessous de **190 mg/dl** et le taux de LDL-cholestérol en dessous de **100 mg/dl**. Le bénéfice d'une statine par rapport à une autre n'est pas démontré et l'utilisation des statines à la phase aiguë de l'AVC est en cours d'étude (FASTER).

c. Les traitements anti-agrégants

Les traitements actuellement disponibles sont l'aspirine, le clopidogrel et l'utilisation d'association aspirine + dipyridamol et aspirine + clopidogrel. Les études de co-morbidité liée à l'AVC et des facteurs de risque de l'AVC indiquent que le choix doit de plus en plus être guidé par la co-morbidité.

Aspirine

L'aspirine ne réduit que de 20 % le risque de récurrence d'AVC et il est de plus en plus recommandé de l'associer au **dipyridamol** sous forme retard à la dose de 200 mg 2X/jour (Aggrenox), ce qui permet d'obtenir une réduction de 23 % par rapport à l'aspirine seule. Les doses de plus de 300 mg d'aspirine ne sont plus justifiées et aucune étude n'a montré de différence pour les doses comprises entre 50 et 300 mg / jour. Il faut mentionner que le dipyridamol n'a pas démontré d'effet sur la réduction du taux d'infarctus cardiaque durant le suivi de ces patients (ESPS2 et ESPRIT).

Contact

Clinique de l'Espérance
Service de neurologie
– Stroke Unit
04.224.98.86
rdv: 04.224.98.61

Clopidogrel

L'étude CAPRIE n'a montré qu'un faible mais significatif effet supplémentaire du clopidogrel par rapport à l'aspirine (8 % de réduction d'événements cardio-vasculaires par rapport à l'aspirine). L'incidence de l'infarctus myocardique fatal et de l'artérite des membres inférieurs a été significativement réduite contrairement à l'AVC pris isolément. Aussi, le clopidogrel est à considérer :

- chez un patient ayant une co-morbidité telle qu'une artériopathie des membres inférieurs ou une cardiopathie ischémique (opinion de l'auteur)
- en cas d'allergie à l'aspirine (guidelines EUSI)
- il n'y a pas d'étude validant l'utilisation du clopidogrel en cas de récurrence d'AVC chez un patient déjà sous aspirine (même si cela constitue un critère pour le remboursement) plutôt que le recours à l'association aspirine – persantine. L'étude PROFESS actuellement en cours compare l'utilisation du clopidogrel versus association aspirine-persantine plus telmisartan versus placebo dans la prévention secondaire de l'AVC, et permettra de proposer une réponse (résultats attendus en 2008).

Association clopidogrel – aspirine

Les études MATCH et CHARISMA n'ont pas montré de bénéfice dans la prévention de la récurrence d'AVC chez des patients à "haut" risque au-delà de trois mois après l'épisode aigu, en raison d'un excès d'hémorragie (surtout digestive). Les études cardiologiques (CURE et CLARITY) ont par contre montré un effet significatif sur l'infarctus myocardique à la phase aiguë, avec une réduction significative de la survenue d'AVC. L'association présente donc un intérêt en cas de co-morbidité associée.

L'étude CARESS a étudié l'effet anti-embolique de l'association clopidogrel-aspirine (après une dose de charge de 300 mg de clopidogrel) versus aspirine seule dans des cas de sténose carotidienne de plus de 50% récemment symptomatique (3 mois) chez qui des signaux emboliques étaient détectés au doppler transcrânien. Cette étude a montré une réduction significative du nombre de signaux emboliques après 7 jours dans le groupe clopidogrel-aspirine par rapport au groupe aspirine seule, avec une tendance à la réduction du nombre d'événements ischémiques (AIT et AVC) durant cette même période.

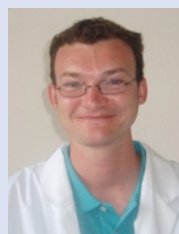
Conclusion : choix du traitement anti-agrégant chez le patient présentant un AVC ou un AIT

- L'aspirine, l'association aspirine-persantine et le clopidogrel sont des options acceptables comme thérapie initiale (grade 1A).
- La combinaison aspirine-persantine (forme retard) est recommandée par rapport à l'aspirine seule (grade 1A).
- Le clopidogrel est probablement supérieur à l'aspirine (grade 2B). La présence de co-morbidités telles que l'artériopathie des membres inférieurs ou une cardiopathie ischémique semble devoir le faire préférer à l'aspirine seule (opinion de l'auteur)
- La combinaison aspirine (100 mg) et clopidogrel (75 mg) est recommandée en cas d'infarctus myocardique récent associé à l'AVC, autre syndrome coronarien aigu ou mise en place d'un stent coronarien récent (grade 1A). La durée de l'association dépend dans ces cas de l'indication cardiaque.
- Il est recommandé d'éviter l'utilisation prolongée de l'association aspirine – clopidogrel au-delà de 3 mois (grade 1B).
- Pour les patients allergiques à l'aspirine, le clopidogrel est recommandé (grade 1A).

Dr Philippe Desfontaines
Neurologie
Stroke Unit

N.B. : les références bibliographiques peuvent être obtenues sur demande (e-mail : philippe.desfontaines@chc.be).

nouvelles têtes



Dr Arnaud Colard

Gastro-entérologie

Diplômé en médecine de l'Université de Liège en 2001, le Dr Arnaud Colard a ensuite suivi une formation en gastro-entérologie durant laquelle il a travaillé un an à la clinique Saint-Joseph et à la clinique de l'Espérance. Il a été diplômé en 2006.

Par la suite, le Dr Arnaud Colard est parti 6 mois à Nice, comme praticien attaché à l'Université, dans le service du professeur Hébuterne, pour y approfondir ses connaissances dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) ainsi que dans celui de la nutrition entérale et parentérale des patients dénutris.

Le Dr Colard rejoint l'équipe de gastro-entérologie de la clinique Saint-Joseph pour contribuer à la prise en charge et au suivi des patients atteints de MICI et développer la nutrition entérale et parentérale, en hospitalisation ainsi qu'au domicile, pour les patients qui souffrent de dénutrition.

Clinique Saint-Joseph
Du lundi au vendredi
Contact et rendez-vous
(consultation et endoscopie)
04.224.89.60



Dr Jean-François Goyers

- Diplômé en imagerie médicale en 2000 ULg
- DU en imagerie thoracique Paris VI en 2003
- DU en imagerie oncologique Paris XI en 2006
- Internat au service de radiologie interventionnelle de l'IGR à Villejuif 2006-2007 (Pr de Baere)

Centres d'intérêt

- Imagerie thoracique
- Radiologie interventionnelle oncologique

Clinique Saint-Joseph
Du lundi au vendredi
Contact et rendez-vous
04.224.88.00

Radiologie interventionnelle oncologique

La radiologie interventionnelle est une méthode diagnostique et thérapeutique dite "mini-invasive". C'est une sous-spécialité radiologique qui sort de son côté artisanal comme en témoigne le nombre de publications croissantes qui lui est consacrée (voir tableau 1)

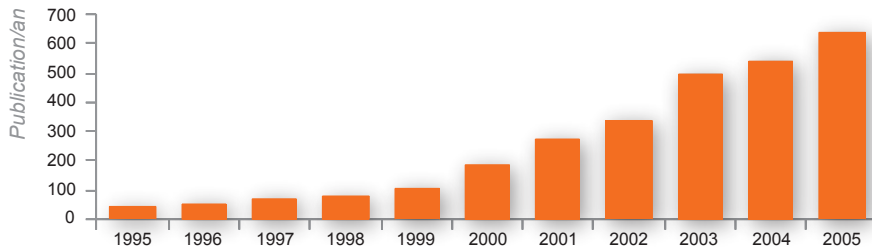


Tableau 1 : Ablation tumorale guidée par l'imagerie : nombre de publications/an : total 2811

Elle permet d'accéder à une cible tumorale en profondeur en utilisant les vois naturelles, le réseau vasculaire (artériel ou veineux) ou en choisissant un chemin court qui minimise les risques au travers d'un organe (biopsie) ou pour amener l'extrémité d'une aiguille de radiofréquence dans le but de détruire localement la lésion.

C'est finalement du ciblage en partant d'un point pour rejoindre un autre considéré comme cible à traiter ou à biopsier, en évitant les structures sensibles sur le passage et ce grâce au contrôle continu de l'imagerie (échographie, scanner, angiographie... et bientôt l'IRM). (voir figures 1 et 2) Il est possible d'associer le traitement percutané de destruction par radiofréquence à une chimioembolisation dans certains cas.

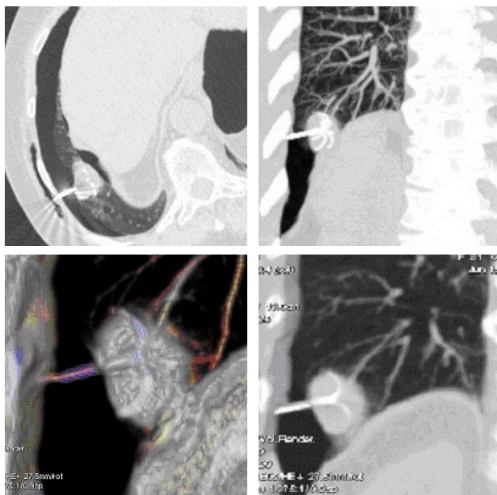


Figure 1 : traitement par radiofréquence d'une métastase pulmonaire : le pneumothorax est induit pour réaliser un décollement de la lésion par rapport au diaphragme

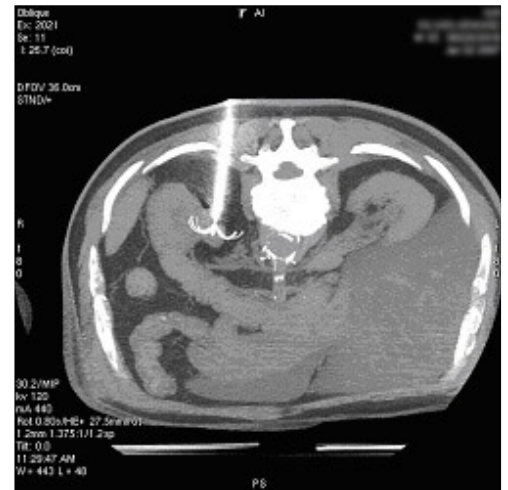


Figure 2 : destruction par radiofréquence percutanée d'une lésion tumorale rénale chez un patient non opérable

Ces techniques permettent aussi d'administrer dans une tumeur (et seulement dans la tumeur) des doses élevées de drogues (ce sont les techniques de chimiothérapie focale et de chimioembolisation) (voir figures 3 et 4)

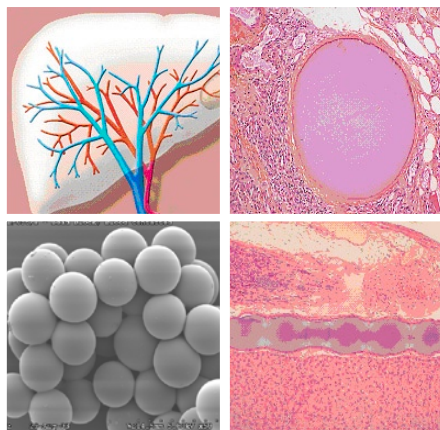


Figure 3 : technique de chimioembolisation permettant d'injecter par voie artérielle super-sélective des microbilles recouvertes de drogue réalisant un obstacle circulaire : embolisation et la délivrance in-loco de drogues, d'où le terme de chimioembolisation. L'ordre de taille de ces microbilles est de 500 microns

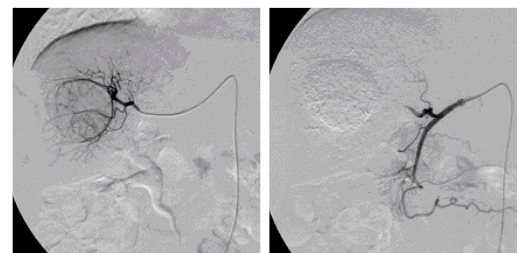


Figure 4 : Chimioembolisation hépatique ; l'effet embolique est bien apprécié sur la photo de gauche

Enfin, ces techniques vasculaires et percutanées permettent de venir en support à un traitement général (comme par la mise en place de chambres implantables), comme support à des complications dues à la maladie (comme par exemple restaurer un calibre de veine cave supérieure par la mise en place de stent), de venir en support de complications hémorragiques par embolisation intra-artérielle ou de drainage de collection sous contrôle de l'imagerie.

| Drs JF. Goyers, D. Brisbois, P. Magotteaux, JF. Biquet
Imagerie médicale

viedescliniques

Arrêté Cardiologie : suite et certainement pas fin

Fin février, l'AR relatif à la cardiologie était suspendu par le Conseil d'Etat suite à l'action intentée par le CHC et deux de ses médecins, les Drs Bellekens et Marcelle. Début mars, comme il l'avait annoncé, le Ministre Demotte remplaçait son AR par une copie quasi identique de celui-ci.

Il n'y a pas qu'à Fourons qu'on aime le carrousel ! C'est reparti pour un tour de pétition et un autre recours au Conseil d'Etat... Nous avons relancé la pétition pour un 2^e round qui a assuré plus de 2000 signatures supplémentaires, signe que vous êtes nombreux à vous être mobilisés pour cette 2^e salve. Avec 21.580 signatures, nous aurons un poids supplémentaire pour appuyer notre requête, que ce soit vis-à-vis des partenaires potentiels ou du service public fédéral. Soyez en tous remerciés.

Le CHC a aussi réintroduit un recours auprès du Conseil d'Etat contre ce nouvel arrêté en date du 8 mai dernier. D'autres hôpitaux qui avaient également introduit un recours contre la première mouture, ont réintroduit une action contre cet arrêté bis. Les arguments sont les mêmes que précédemment, associés dans ce cas présent à un vice de procédure, puisque M. Demotte n'a pas jugé bon de soumettre son nouveau projet d'arrêté ni au Conseil National des Etablissements Hospitaliers, ni au Conseil d'Etat comme cela doit être fait avant l'adoption d'un nouveau texte législatif.

A côté de ces éléments qui tiennent plus de la politique politicienne que de la politique des soins de santé, notons une nouvelle plus encourageante : le CHC a repris contact avec les autres hôpitaux liégeois pour rediscuter de la proposition initiale, soit une collaboration pour développer le B1 + B2 à St-Joseph, en réservant le B3 sur le site de l'hôpital partenaire. Le temps a fait son œuvre et l'émotion a laissé la place à la réflexion... Il semble que les premières discussions entre acteurs de terrain soient bien engagées. Affaire à suivre, donc...

| Catherine Marissiaux

Deux présidents liégeois pour la Société Royale Belge de Chirurgie

Désormais, l'esprit liégeois (et l'esprit du CHC) soufflera sur la Société Royale Belge de Chirurgie, puisque deux médecins de St-Joseph ont été appelés à y occuper les fonctions de présidence. Le Dr Joseph Weerts est désormais président de la Société Royale Belge de Chirurgie et le Dr Constant Jehaes y assure la présidence de la section de chirurgie colo-rectale.

Lors de la petite fête organisée pour l'occasion le 11 mai dernier, le Dr Weerts a remercié toutes les personnes présentes (collègues, secrétaires, instrumentistes, ...) pour leur collaboration efficace dans leur activité quotidienne, soulignant que c'est grâce à tous ces partenaires et à la patience de leur propre famille qu'ils avaient toujours pu assurer de front leurs activités cliniques et scientifiques. Il a également rappelé l'apport des Drs Nicolas Jacquet et Richard Lombard, qui les ont précédé au sein du service et qui leur ont montré une voie qu'ils tâchent de suivre aujourd'hui encore.

Spasticité chez l'enfant

Les indications de la toxine botulinique et du baclofène

Quand y penser ?

Dans la plupart des cas, la spasticité chez l'enfant est d'origine cérébrale. La commande du motoneurone supérieur (ou cortical) est mal équilibrée à cause de l'atteinte de sa fibre axonale dans son trajet anatomique. Il s'en suit une exagération de l'activité des neurones alpha (médullaires), ce qui induit une exagération de libération de l'acetylcholine au niveau de la plaque musculaire du motoneurone inférieur (ou médullaire).

Ce déséquilibre fonctionnel est l'explication des spasticités musculaires. La masse musculaire ainsi trop contractée "tire" sur les tendons, faisant perdre à la longue les bons accords anatomiques du système locomoteur, ainsi que la bonne posture corporelle dans l'axe antéropostérieur et dans l'axe latéro-latéral. L'atteinte originelle peut aussi entraîner chez le même enfant, à côté de l'atteinte locomotrice, une épilepsie, l'atteinte cognitive, l'atteinte oculomotrice, l'atteinte émotionnelle. L'amélioration locomotrice, quand elle est prise en charge très tôt, améliore les autres atteintes ainsi que l'état nutritionnel. Toute cette prise en charge est développée par plusieurs intervenants (approche multidisciplinaire) et comprend des phases hospitalières courtes et des phases ambulatoires chroniques.

1. L'injection de la toxine botulinique

Son utilisation est approuvée par la FDA depuis 1989 et est utilisée chez l'enfant depuis 1996. Un protocole européen est établi depuis 1999. Cette molécule permet de rétablir la balance entre les fléchisseurs et extenseurs en antagonisant l'acetylcholine. Il est recommandé de démarrer cette procédure vers 18-24 mois afin de :

- préserver la bonne construction de schémas moteurs centraux (qui sont finalisés vers l'âge de 6-7 ans)
- retarder la fibrose musculaire
- retarder la chirurgie orthopédique
- acquérir une autonomie de marche.

Les injections se font à des intervalles de 10 à 24 mois, sous narcose, en multisites protocolaires dans un muscle spastique, et cela dans tous les muscles spastiques ("travail d'orfèvrerie"). Une physiothérapie incluant un plâtrage spécifique rigoureux de 3 à 6 semaines, a permis d'allonger les intervalles entre les infiltrations.

Les séances infiltreront entre 20 et 40 UI/kg, et peuvent être répétées autant de fois que nécessaires. L'infiltration des glandes salivaires en cas d'hypersialorrhée, et de la vessie neurogène spastique, est très rarement indiquée. Dans des mains expertes, aucun effet secondaire majeur, y compris l'apparition d'anticorps, n'a été décrit. Les remboursements de la toxine (250€/100 UI) sont soumis à des conditions strictes.

2. La pompe à baclofène

Son utilisation est approuvée par la FDA depuis 1986 et est utilisée chez l'enfant depuis 1996. Un protocole européen est établi depuis 2000. Cette molécule permet, par son action gabaergique, de rétablir l'équilibre fonctionnel au niveau des motoneurones alphamédullaires. Cette technique est la suite logique de la procédure décrite plus haut.

Elle s'adresse à des enfants au-delà d'un poids corporel minimum de 20kg (étant donné le volume et le poids de la pompe la plus utilisée, la Synchroned II) au risque de rencontrer la nécrose ou fasciite de la paroi abdominale. Cette technique a l'avantage de libérer, de manière continue, au bon endroit et sans trajet intermédiaire (puisqu'elle est intrathécale) des doses allant de 50 à 400 microg/j.

Ces petites doses (50 fois moins élevées que celles données per os, ce que nous ne recommandons pas) permettent d'éviter les effets secondaires. Lorsque les 5 jours tests (phase unique et préalable) sont passés, l'installation du cathéter (niveau intrathécal allant de D10 à D 6 selon la clinique) et de la pompe (fosse iliaque droite ou gauche) est réalisée par l'équipe neurochirurgicale. La pompe est alors programmée par voie transcutanée. Cette même voie permettra au programmeur de suivre la vidange du réservoir et de déterminer le moment du remplissage ; celui-ci doit se faire tous les 6 à 9 mois. La pompe doit être changée tous 4 à 7 ans. Dans des mains expertes, cette technique est "safe". Les remboursements du matériel et des produits sont soumis à des conditions strictes.

Contact

Clinique St-Vincent
Pédiatrie
Dr Oreste Battisti
04.239.48.10

Clinique St-Joseph
Neurochirurgie
Dr Frédéric Schils
04.224.89.18

| **Dr Oreste Battisti, pédiatre et**
Dr Frédéric Schils, neurochirurgien

Memisa, hôpital pour hôpital Le CHC s'engage dans le parrainage d'un hôpital congolais

Memisa est une ONG belge, cofinancée par le département général de coopération au développement (DGCD), qui travaille en partenariat avec les hôpitaux situés en République démocratique du Congo. L'ONG préconise des soins de santé de qualité à long terme. Sa mission : répondre aux besoins des populations locales en mettant en oeuvre des microprojets de santé, des programmes médicaux sur plusieurs années et des actions d'aide d'urgence. L'objectif de l'opération hôpital pour hôpital : faire parrainer un hôpital du Sud par un hôpital belge.



Vue extérieure de l'hôpital de Pawa



Une salle de soins

Fin 2006, avec l'accord des deux Conseils médicaux, le CHC a signé avec l'ONG Memisa un accord "hôpital pour hôpital", prenant sous son aile l'hôpital de Pawa, dans la province au nord-est de la République démocratique du Congo. Ce partenariat est engagé pour une période de 5 ans.

Quelques chiffres suffisent à évoquer la réalité de Pawa, une réalité bien différente de la nôtre :

- La zone de santé de Pawa compte 114.000 habitants, dont 21.000 enfants de moins de 6 ans
- Avec 141 lits, l'hôpital compte 64 membres du personnel : 1 médecin, 23 infirmiers, 1 technicien, 9 auxiliaires de santé et 30 personnes chargées de l'administratif et de la maintenance
- En 2005, l'hôpital de Pawa a accueilli 2.162 patients (18.169 journées d'hospitalisation)

Un 7^e site pour le CHC

Considérer l'hôpital de Pawa comme le 7^e site hospitalier du CHC, c'est en ces termes volontairement provocateurs que le Dr Ph. Olivier, directeur médical, a présenté le parrainage lors de la soirée inaugurale d'avril dernier. Loin du misérabilisme et de la culpabilisation, notre devoir de solidarité est évident, il doit nous mener à l'action. Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer. D'autant plus que cette démarche de solidarité avec le Sud n'est pas nouvelle au CHC :

- de nombreux médecins et infirmières se sont engagés et s'engagent encore chaque année pour des missions au sein d'ONG comme MSF, Médecins sans frontières et d'autres encore
- l'institution elle-même s'est engagée aux côtés du Dr Lombard dans un parrainage de l'hôpital de Kismayo en Somalie dans les années 90. Depuis, la tourmente géopolitique a malheureusement tout balayé, mais ce que nous avons fait alors a eu le mérite d'exister et n'est pas resté lettre morte pour les personnes qui en ont bénéficié.

Aujourd'hui, l'engagement du CHC s'inscrit dans la durée (5 ans) et permet d'instaurer des échanges réciproques : relations par mail pour apprendre à se connaître au fil des mois, visite sur place par un témoin une fois par an, échange de compétences avec enseignement d'une pratique chirurgicale, médicale ou infirmière.

Bien sûr, le premier besoin de l'hôpital de Pawa est budgétaire : l'hôpital tourne avec un financement insuffisant et le CHC s'est engagé à le supporter à concurrence de minimum 15.000€ par an. Le Conseil médical des Cliniques St-Joseph s'est d'ores et déjà engagé à verser une somme importante au nom de la communauté médicale. Pour atteindre ce budget de parrainage, plusieurs actions vont se mettre en place dans le courant du second semestre :

- Notre abondance nous conduit à pas mal de gaspillage. Un projet vise à diminuer les gaspillages et à en partager le résultat avec l'hôpital de Pawa. On a parlé des compléments nutritionnels, du papier et de l'encre, ... Il existe des moyens de contrer ces gaspillages ... Chaque année, sur un ou plusieurs projets institutionnels identifiés comme tels, l'institution s'est engagée à ristourner un gros pourcentage des économies réalisées à l'hôpital de Pawa.
- Des projets de récolte de fonds sont à l'étude pour chacun des sites, et devraient permettre de faire monter le compteur, avec des projets aussi divers que nombreux, un peu comme le Télévie et autres opérations du même type. La vente de chocolat appréciée lors de l'inauguration, devrait reprendre en septembre sur tous les sites.
- Chacun d'entre nous peut également faire un don, sous forme de versement ponctuel ou d'ordre permanent. Une chose est sûre, il n'existe pas de petits dons. Tous sont importants, parce qu'ils s'ajoutent les uns aux autres. A noter qu'une exonération fiscale est prévue pour tout don annuel (ponctuel ou cumulé) de 30€ et plus.
- Pour vraiment faire de ces petits ruisseaux une grande rivière qui rejoindra le fleuve Congo, le CHC s'est engagé à verser en plus 10% du montant de chaque don émanant du personnel et des médecins, à concurrence des 15.000€ budgétés.

Folie, utopie ? Pour reprendre les termes de Ph. Olivier, entre fatalisme résigné et utopie débridée, il nous faut trouver une troisième voie, celle d'un pragmatisme responsable et créatif qui nous permette de nous enrichir non pas de ce que nous aurons donné à nos filleuls de Pawa, mais surtout de ce qu'ils nous auront apporté humainement et qui n'a pas de prix ! Nous ne manquerons pas de vous tenir informés des suites de ce projet régulièrement.

| Catherine Marissiaux

La collaboration
Mémisa – CHC dispose de
son propre compte bancaire

920-1039087-06

Mention "au profit de Pawa"

Tout don d'au moins 30€ par
année civile est fiscalement
déductible.

D'avance merci de votre
participation

www.memisa.be

C'est le samedi 13 octobre prochain que les médecins des Cliniques St-Joseph organisent la traditionnelle journée médicale à destination des confrères généralistes. Cette année encore, nous espérons vous voir nombreux pour l'occasion.

Pour une fois, nous renouons avec une séance plénière, réservée à M. Corbisier, inspecteur de police à Aywaille. M. Corbisier avait eu un grand succès avec sa présentation sur le même thème lors des séances d'information de la Commission consultative des généralistes, tous regrettant que le timing ne permette pas de développer le sujet plus avant. La séance plénière sera l'occasion de revenir sur le sujet plus longuement.

En raison de la séance plénière, les ateliers se donneront une fois uniquement. Ils sont au nombre de 5, permettant ainsi des groupes de taille idéale pour encourager les échanges.

Programme (sous réserve de légère modification)

13h30	Accueil, inscriptions
14h-15h30	Ateliers
15h30-16h	Pause café et visite des stands
16h-18h	Conférence plénière Les assuétudes par Damien Corbisier, inspecteur de police à Aywaille
19h30	Souper à la Maison de la Métallurgie
	Parking aisé et gratuit

Détail des ateliers

• **Pédiatrie**

Modérateurs : Dr Catherine Jacquemin et Dr Martine Smeekens

Les vaccinations de l'enfant en octobre 2007 - Dr Pierre Philippet
L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, recommandations, prévention des allergies - Dr Françoise Bury

Médicaments pour l'enfant de moins de 2 ans (fièvre, douleur, toux, dyspnée,...) : que peut-on donner ? - Dr Caroline Genin

• **Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte et l'enfant**

Modérateurs : à confirmer

Obésité : prise en charge multidisciplinaire

- risques médicaux - Dr I. Geronooz, endocrinologue
- aspect psychologique - Ch. Nicolas, psychologue

Anorexie mentale : comment réagir ?

- risques médicaux - Dr I. Paquot, pédiatre
- aspect psychologique - Dr S. Fuchs, psychiatre

• **Assuétudes**

Modérateur : Dr Alfred Wuyard

Existe-t-il un profil de dépendance ? - Dr Nathalie Franck

Tabagisme actif : du conditionnement au déconditionnement
Dr Alfred Wuyard

Troisième conférence prévue sur une autre dépendance (alcool, drogue, jeux) à préciser

• **Anesthésie - Urgences**

Modérateurs : Dr Jean Benfante et Dr Jean Tyberghein

Douleur chronique - Dr Pascal Leclercq

Que faire en attendant le SMUR ? - Dr Patrick Camelbeeck

Comment calmer un patient agité ? - Dr Bekir Tekatli

• **Actualités en imagerie médicale**

Modérateur : Dr Jean-François André

Visite guidée et interactive des différents secteurs du service suivi d'un temps d'échange

Le vaccin anti-grippe : volontiers vacciné !

Un peu tôt pour parler du vaccin anti-grippe en juin ? Pas sûr. Si, chaque année, le nombre de Belges qui se font vacciner contre la grippe est en progression, il existe des mauvais élèves :

- 40% des personnes à risques se font vacciner, ce qui est paradoxalement très peu
- 20% seulement des professionnels de la santé sont vaccinés. Ceci est encore plus paradoxal puisque que les études montrent qu'ils sont 4 fois plus exposés au virus de par leur métier. Une étude réalisée à Glasgow en 1993-1994 a démontré que les professionnels de la santé d'une institution étaient exposés à un taux d'attaque de la grippe de 28% alors que la population générale n'était exposée qu'à un taux d'attaque de 5-10%.

Différents éléments peuvent expliquer cette situation paradoxale :

- Le vaccin contre la grippe a longtemps été réservé aux personnes âgées, l'intérêt de la vaccination n'a pas toujours une image claire.

- Le manque de disponibilité du vaccin n'a pas toujours eu bonne presse, ni encouragé les personnes décidées dans leur démarche

- Beaucoup pensent encore qu'ils ne sont jamais malades ou craignent les effets secondaires.

Une chose est certaine, le vaccin, il faut d'abord le faire pour se protéger soi et protéger ses proches, afin qu'ils ne souffrent pas des virus que nous pouvons tous transporter de notre lieu de travail à notre domicile.

Une autre bonne raison pour se faire vacciner, c'est la transmission du virus aux patients qui nous sont confiés. 66% des professionnels de la santé se rendent au travail, même avec un syndrome grippal. En étant porteur du virus, nous mettons la qualité de vie des patients en danger, en augmentant la morbidité et la mortalité.

Qu'on se fasse vacciner pour soi ou pour les autres, peu importe ! L'important, c'est de choisir la vaccination et de limiter ainsi la propagation d'un virus qui est tout sauf inoffensif.